UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 29

LES PERFORATIONS EN PÉRITOINE LIBRE DES ULCÈRES PEPTIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 3 Décembre 1934

PAR

Robert-Ernest-Jules FEILLARD

Externe des Hôpitaux

Né le 23 Mars 1911 à Brest (Finistère)

Examinateurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président*

ANDÉRODIAS, professeur ..... } *Juges*

LOUBAT, agrégé ..... } *Juges*

RIVIÈRE, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0077

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 29

LES PERFORATIONS EN PÉRITOINE LIBRE DES ULCÈRES PEPTIQUES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 3 Décembre 1934

PAR

Robert-Ernest-Jules FEILLARD

Externe des Hôpitaux

Né le 23 Mars 1911 à Brest (Finistère)

Examinateurs de la Thèse :

MM. BÉGOUIN, professeur ..... *Président.*

ANDÉRODIAS, professeur . ..... } *Juges*

LOUBAT, agrégé .... } *Juges*

RIVIÈRE, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

—

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ARADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCROU	Hydrologie thérapeutique et climatolcgie	CREYX
Chimie	CHEILE.	Clinique dentaire	CAVALIE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Ophtalmologie	CABANNES (en congé
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	VITTE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE

A MON PERE LE DOCTEUR J. FEILLARD

A MA SŒUR — A MON FRERE

A MON BEAU-FRERE, LE DOCTEUR J. LUCAS

A MON ONCLE, LE DOCTEUR R. HUTIN

A TOUS MES AMIS

AU DOCTEUR H. JOURDAN

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A Monsieur le Médecin en Chef BRUN

SOUS DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLQUE.

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLQUE.

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSEUR LE PROFESSEUR J. BEGOUIN

PROFESEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CORRESPONANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLQUE.

qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse

Nous nous hororons d'avoir été son élève et nous lui présentons ce modeste travail en faible témoignage de notre sincère gratitude.

AVANT-PROPOS

Au début de ce travail nous tenons à témoigner notre reconnaissance à M. le professeur Bégouin, M. le professeur Jeanneney, M. le docteur Charbonnel, M. le docteur Lafargue qui ont bien voulu nous communiquer les observations que nous présentons ici.

Nous devons remercier d'une manière toute particulière M. le docteur Dubourg qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et qui nous a apporté l'aide de ses conseils éclairés.

INTRODUCTION

La perforation du péritoine libre des ulcères peptiques, ulcéres survenant après gastro-entérostomie sur la bouche néoformée ou à son voisinage immédiat est considérée par beaucoup d'auteurs comme une complication exceptionnelle des ulcères peptiques.

Voici ce qu'écrivent Delore et Creyssel en 1925 dans le *Journal de chirurgie* à propos de vingt et un cas d'ulcères peptiques observés par eux sans une seule perforation :

« La perforation en péritoine libre est une modalité observée autrefois lorsque les ulcères peptiques n'étaient guère opérés que pour leurs accidents dramatiques ou découverts à l'autopsie. »

Au quarantième Congrès de Chirurgie de Paris de 1931 où fut débattue pendant plusieurs jours la question des ulcères peptiques, la seule complication envisagée est la fistule jéjunocolique.

Seul Gosset consacre une petite partie de son exposé sur le traitement des ulcères peptiques à leur perforation en péritoine libre.

L'ulcère peptique, véritable lésion expérimentale, a maintenant une symptomatologie bien connue qui permet en général de le traiter avant l'apparition d'une complication.

L'on ne voit plus de statistiques aussi sombres que celle publiée par Gosset en 1906 dans la *Revue de Chirurgie* où il rapportait huit perforations en péritoine libre sur trente et un cas d'ulcères peptiques.

Dans son article il décrivait trois formes d'ulcères peptiques : la forme perforante d'emblée, la forme avec péritonite

enkystée, enfin la forme avec ouverture dans le côlon transverse.

Il n'était question, en somme, que des complications. Cependant les symptômes des U. P. sont souvent frustes ou même inexistants, et bien que la majorité des malades soient suivis après la gastro-entérostomie par le chirurgien, la perforation en péritoine libre est un accident encore assez fréquent : Leveuf en 1927 en a relevé trente-deux cas dans la littérature médicale et Bertrand et E. Martin en ont relevé une trentaine de 1927 à 1933.

Nous avons pu réunir quatre observations de malades traités à Bordeaux, concernant des perforations d'ulcères peptiques, ce qui est un chiffre assez important puisque ont été publiées seulement huit observations françaises rapportant des cas identiques.

HISTORIQUE

Affection nouvelle née de la gastro-entérostomie, l'ulcère peptique du jéjunum ne lui est cependant pas contemporain, puisque le premier cas publié ne le fut qu'en 1899, dix-sept ans environ après que la première gastro-entérostomie eut été pratiquée.

Chez un opéré de gastro-entérostomie pour sténose pylorique, mort onze mois plus tard de péritonite, Braun constata au niveau de l'anse efférente du jéjunum à un centimètre de la bouche un orifice à bords nets, coupé à l'emporte-pièce qui fit l'objet d'une publication au Congrès de Chirurgie allemand de 1899 : le premier ulcère peptique perforé.

Depuis, plusieurs cas ont été publiés : nombreuses observations d'ulcères peptiques simples, moins nombreuses d'ulcères ouverts dans le côlon transverse, observations bien plus rares d'ulcères perforés en péritoine libre.

En 1906, Gosset rapporte dans un mémoire publié dans la *Revue de Chirurgie*, huit cas d'ulcères perforés sur trente et une observations d'ulcères.

Il faut connaître le rapport de Hartmann en 1913 à la Société de Chirurgie à propos d'une observation de Marquis et en 1915 un travail de Lieblein groupant vingt-neuf observations.

Le 25 novembre 1925 Leveuf, a l'occasion de diagnostiquer et d'opérer chez un homme de 47 ans une perforation d'ulcère peptique jéjunal dont il faut communiquer l'observation à la Société de Chirurgie de Paris en 1926, par son élève Roux-Berger.

S'attachant à ce sujet il réunit trente-deux observations

d'ulcères jéjunaux et gastro-jéjunaux perforés en péritoine libre qu'il publie à la *Revue de Chirurgie* en 1927.

En 1932, Bertrand et E. Martin publient la première observation lyonnaise d'ulcère peptique perforé.

Ils font ensuite le relevé dans la littérature médicale de tous les cas identiques, arrivant à grouper soixante-six observations, et publient un travail d'ensemble sur la question en 1933 (*Lyon Chirurgical*).

A l'étranger, à part le travail de Lieblein en 1915, nous trouvons seulement des publications de cas isolés.

A noter une observation très intéressante (Romanis-Lancet, 1918) non citée par Bertrand et E. Martin rapportant six perforations successives d'ulcères peptiques en péritoine libre chez un sujet ayant subi une première opération pour ulcère perforé du pylore.

Le traitement chirurgical est passé par deux phases. Dans une première période on s'est préoccupé surtout du traitement de la lésion : simple obturation de la perforation. Mais la fréquence des récidives après ces opérations due à la persistance des conditions qui favorisent le développement d'un ulcère jéjunal détermine la recherche des moyens de prévention.

Dans une seconde période le traitement devient non seulement curatif de la perforation, mais préventif de l'ulcère du jéjunum, cause première de l'affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège de l'ulcère peptique perforé est variable. Il peut être ramené à deux types principaux :

a) L'ulcus siégeant sur les lèvres de la bouche de gastro-entérostomie sur l'un ou l'autre versant : c'est l'ulcus gastro-jéjunal ;

b) L'ulcus siégeant plus loin que la bouche c'est l'ulcus jéjunal qui, le plus souvent, se trouve sur la branche efférente de l'anse intestinale anastomosée.

Cette classification est celle de Lieblein.

Leveuf fait remarquer une distinction nécessaire à établir entre les ulcères jéjunaux uniques et les ulcères multiples.

A. **Les ulcères gastro-jéjunaux.**

La perforation est assez large d'un pois à une pièce de cinquante centimes. Les bords de l'orifice sont indurés, fibreux, très vascularisés, empiétant tantôt du côté jéjunal, plus souvent du côté gastrique.

On note généralement de la périgastrite.

Le plus souvent l'incision pariétale effectuée, on tombe sur un bloc d'adhérences, sur des brides plus ou moins épaisses, unissant le mésocôlon à l'épiploon gastro-colique. Le côlon lui-même attiré par la lésion se colle à l'anastomose. L'épiploon est souvent adhérent à la paroi ou à l'ulcère.

Donc petit volume de l'ulcère et masse énorme de réaction inflammatoire infiltrant le mésocôlon transverse et le mésentère.

Ces ulcères gastro-jéjunaux présentent donc la plupart

des caractères anatomiques des ulcères perforés de la petite courbure à bords épais et infiltrés.

Ce sont comme eux pour le plus grand nombre « des ulcères calleux dont la perforation est un accident évolutif » (Leveuf).

Au point de vue histologique voici les résultats d'un examen de Policard : « Les lésions histo-pathologiques ne diffèrent pas sensiblement de celles d'un ulcus stomacal chronique et qu'on a qualifiées du nom de gastrite interstitielle. Un seul point nous a frappé particulièrement, c'est le développement considérable du plexus d'Auerbach que nous n'avons pas trouvé sur les nombreuses coupes d'ulcère normal que nous connaissons. »

B. **Ulcères jéjunaux.**

Plus fréquents que les gastro-jéjunaux : 45 cas dans la littérature médicale d'ulcère jéjunal unique pour quinze ulcères gastro-jéjunaux.

C'est essentiellement sur la branche descendante de l'anse jéjunale que l'on trouve la perforation, presque toujours à une distance de la bouche variant de 1 cm. 5 à 4 cm., séparée de celle-ci par un pont de muqueuse saine.

Ce fait est en accord avec la rareté des ulcères duodénaux au delà des premiers centimètres de l'intestin ainsi que le faisait déjà remarquer Gosset.

La perforation se produit souvent au niveau de la paroi antérieure du jéjunum. Il suffit de relever le mésocôlon pour l'apercevoir. Ce fait signalé par Leveuf est noté dans les observations I et III.

La perforation est à l'emporte-pièce, large en général, jusqu'à 25 mm. de diamètre. Elle se fait pour ainsi dire en tissus sains, étant presque la première manifestation de l'ulcère qui généralement n'a donné aucun symptôme avant de se manifester par ces signes aigus.

Les bords sont arrondis, souples, non infiltrés. Les tuniques intestinales paraissent indemnes. Elles sont simplement hypervascularisées ; la séreuse est rouge, tomenteuse.

Leveuf signale dans son observation une forte dilatation

de l'anse jéjunale efférente sur une longueur de 40 cm., à laquelle il attache une importance capitale. Cette dilatation avait déjà été signalée par Gosset dans un cas de fistule jéjuno-colique. Nous la trouvons également chez le malade de notre observation I.

Ces notions anatomo-pathologiques, en particulier la réaction de voisinage si intense autour des ulcères gastro-jéjunaux alors qu'elle est nulle autour des ulcères jéjunaux explique que les seconds se perforent beaucoup plus fréquemment en péritoine libre, les premiers ayant plutôt tendance à faire des péritonites enkystées ou à se perforer dans le côlon.

Cette classification est malgré tout un peu trop schématique. Elle est prise en défaut dans certains cas. Dans une observation de Parker (*Annals of Surgery*, 1909) et une autre d'Edington (*Glascow Med. J.*, 1907) les ulcères perforés étant signalés comme jéjunaux ont les caractères anatomo-pathologiques des ulcères gastro-jéjunaux.

Cette division doit cependant être conservée à cause de sa simplicité, de sa logique et de sa justification dans la majorité des cas.

C. **Les ulcères multiples.**

Leveuf a montré le premier la nécessité d'établir une distinction entre les ulcères uniques et les ulcères multiples.

Ces ulcères multiples du jéjunum ont des caractères anatomiques vraiment particuliers.

On les rencontre indifféremment sur la branche afférente, la branche efférente de l'anse jéjunale et sur la bouche de gastro-entérostomie.

Il est fréquemment noté dans les observations de ces cas. des suffusions hémorragiques et une muqueuse hyperhémiée, (Petren, *Beit. z. Clin. Chir.*, 1911 et Steinthal, *Chir. Kongress*, 1900). Ces ulcères multiples ont également des caractères pathogéniques particuliers que nous verrons plus loin, qui en font une classe à part.

ETIOLOGIE

Quelle est la fréquence des perforations par rapport aux ulcères peptiques ?

Des statistiques assez anciennes, puisque la plus récente remonte à 1919, donnent environ une perforation pour quatre ulcères peptiques.

Statistique de Gosset, 8 sur 31 observations d'U. P., 20 %

Statistique de Lieblein, 30 sur 129 observations d'U. P., 23 %

Statistique de Garner Wright, 32 sur 165 observations d'U. P., 19 %.

Leveuf admet ce pourcentage. Mais il semble bien qu'actuellement depuis que les chirurgiens suivent la majorité de leurs opérés les perforations surviennent moins fréquemment. Lambret de Lille (*Echo Médical du Nord*, 1932) a publié dix-sept cas d'ulcères peptiques dont un seul perforé et Delore et Creyssel (*Journal de Chirurgie*, 1925) n'ont pas vu un seul cas de perforation sur 21 ulcères peptiques. **Quelle était l'opération antérieure** ?

L'opération pratiquée antérieurement est indiquée dans 54 des observations recueillies par Bertrand et E. Martin.

12 gastro-entérostomies postérieures à la suture ;

2 gastro-entérostomies postérieures au bouton ;

26 gastro-entérostomies antérieures dont 11 avec jéjuno-jéjunostomie.

4 gastro-entérostomies en Y.

2 gastro-pylorectomies.

Donc près de la moitié des cas publiés signalent la compli-

cation qui nous intéresse survenant après gastro-entérostomie antérieure.

Dans trois de nos observations (I, III, IV), l'opération antérieure était une gastro-postérieure et dans l'observation II une gastro-antérieure,

Quelle était la nature de la lésion ayant déterminé l'opération antérieure.

Dans presque toutes les observations où la maladie antérieure était notée, celle-ci était un ulcère gastrique ou duodénal et dans l'immense majorité des cas voisin du pylore.

Sur 48 observations il s'agit 18 fois d'ulcères sténosants du pylore, 8 lois d'ulcères gastriques simples et 6 fois d'ulcères duodénaux.

On rencontre dix fois des ulcères perforés dont 7 sont gastriques et 7 duodénaux.

Nos observations confirment ces faits : Ulcère du pylore perforé (observation I) et ulcère sténosant du pylore (observation IV).

Le sexe.

Le sexe masculin est particulièrement frappé : cinq hommes pour une femme environ.

On ne peut expliquer cette malencontreuse prédilection que par les abus alimentaires : alcool et tabac semblent avoir un rôle prédisposant. Il est bien connu que l'homme une fois guéri fait peu de cas des conseils médicaux alors que la femme se soumet plus volontiers au régime qui lui est ordonné.

L'âge.

Très variable on observe des perforations d'ulcères peptiques de 2 mois (Mickulicz, *Grenz. d. med. und Chir.*, 1904) à 70 ans. Mais la grande majorité surviennent chez l'adulte de vingt à cinquante ans.

Le pays.

Certains pays sont plus éprouvés. Sur 32 observations recueillies par Leveuf, 17 sont allemandes, alors que sur les

66 rassemblées par Bertrand et E. Martin, 8 seulement sont françaises.

Combien de temps après la première intervention survient la perforation.

Le délai d'apparition est très variable; de cinq jours à vingt-deux ans.

Dans les perforations précoces, on a généralement affaire à des ulcères jéjunaux multiples (observations de Key, Lennander, de Mickulicz, Cacovic, Von Eiselsberg).

Il faut cependant noter que dans notre observation II, où la perforation est très précoce (six jours), elle est unique.

Après deux mois, on ne note guère que des ulcères uniques. Dans presque tous les cas, ces accidents surviennent de deux mois à sept ans après la gastro-entérostomie.

PATHOGENIE

Au point de vue pathogénique, les ulcères peptiques perforés ne sont qu'un cas particulier des ulcères peptiques. Aussi ne nous étendrons-nous pas longuement sur ce sujet si controversé.

Un certain nombre de notions ont cependant été acquises qu'il faut connaître, notions exposées au Congrès de Chirurgie de 1931 dans différents rapports, celui de Leriche, en particulier.

A. Facteurs pouvant favoriser l'apparition de l'ulcus.

a) L'emploi de fils de suture non résorbables dont le rôle a été exagéré par Villard, Mayo, Pauchet, mais qui peuvent jouer un certain rôle dans la production des ulcérations;

b) L'emploi de clamps serrés, attaqués par van Roojen qui traumatisent certainement la muqueuse ;

c) Les sutures à point trop serrés;

d) Les procédés opératoires employés.

α) La gastro-entérostomie antérieure responsable de près de la moitié des cas publiés d'ulcères peptiques perforés, abandonnée actuellement par la presque unanimité des chirurgiens.

β) Le procédé de la suture en Y attaqué par Cunéo, et Lagoutte expliquant la fréquence des ulcères peptiques par la présence d'un segment de grêle totalement exclu de l'action des sucs alcalins duodénaux (Gaillard) et laissé ainsi sans défense contre l'action ulcérative du suc gastrique. Les expériences de Mann confirment ces vues. Sur le chien, ils résèquent le

pylore et le jéjunum et anastomosent le pylore au bout distal du jéjunum et le bout proximal de ce dernier à l'iléon. De ce fait, les secrétions alcalines (bile, suc pancréatique) vont à l'iléon, tandis que le contenu acide de l'estomac se jette dans le jéjunum. Presque invariablement, il se développe un ulcère peptique.

γ) La gastro-entérostomie avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire, qui a les mêmes inconvénients que la gastro en Y, puisque là encore, une partie de l'intestin est baignée par le suc gastrique non neutralisé.

δ) La gastro-entérostomie avec exclusion par section du pylore à la Doyen Eiselsberg qui augmente énormément les probabilités d'apparition d'un ulcère.

ε) Une anse jéjunale trop longue, une bouche trop étroite.

Il est un fait important qui met hors de cause la question d'erreur de technique dans la majorité des cas, c'est la longueur de la période de latence.

Mais ces erreurs de technique semblent jouer, par contre, un rôle essentiel dans la pathogénie des perforations précoces d'ulcères peptiques survenant dans les deux mois qui suivent l'opération et qui ont des caractères particuliers :

a) On a presque toujours affaire, dans ce cas, à des ulcères multiples.

b) On trouve dans ce groupe, deux seules observations d'ulcères peptiques perforés ne concernant pas des opérés pour ulcère gastrique.

L'un des sujets (Klylennander) avait subi une résection pour cancer et l'autre était un nouveau-né de deux mois opéré pour sténose hypertrophique du pylore.

c) Dans les observations de ces perforations précoces, on note presque toujours que la muqueuse intestinale présente des suffusions hémorragiques, des ecchymoses.

Cet ensemble de caractères suffit pour affirmer que ces ulcères précoces sont généralement des complications opératoires proprement dites, qu'on incrimine à l'origine des manipulations brutales ou des fautes de technique et l'on doit

les appeler « non pas ulcères peptiques, mais bien ulcérations traumatiques » (Leveuf).

Cependant, dans une des observations que nous publions (observation II), il semble bien que l'on ne puisse incriminer aucune faute de technique. On n'a pas employé de clamps. La muqueuse ne semble pas avoir été traumatisée. On ne note ni ecchymoses ni suffusions hémorragiques. L'ulcération qui est unique, siège à environ quinze centimètres de la bouche de gastro.

Dans ce cas, on ne peut expliquer la production de cette perforation que par une véritable digestion par un suc gastrique hyperpeptique de la muqueuse intestinale, les sécrétions biliaires et pancréatiques étant très diminuées chez un sujet cachectique.

B. **Facteurs essentiels.**

Un certain nombre d'éléments semblent jouer un rôle essentiel dans la production des ulcères peptiques.

a) Action des microtraumatismes :

Les ulcères sont localisés aux endroits les plus exposés, au passage du chyme, au pourtour de l'orifice d'anastomose, le long de l'anse efférente.

Ces microtraumatismes peuvent produire des petites lésions superficielles qui, envahies par des agents infectieux, risquent de produire des ulcères peptiques.

La projection répétée du chyme lésera beaucoup plus facilement une anse en souffrance, dilatée, à parois épaissies (observation I), qui est sans doute mal irriguée.

Kummer, au Congrès de Chirurgie de 1931, cite le cas d'un gastro-entérostomisé qui se portait très bien tant qu'il suivait un régime, qui se met à manger de tout et fait un ulcère perforé.

b) L'infection et la stase :

De la cavité buccopharyngée à chaque déglutition, peuvent descendre dans l'estomac, des produits septiques qui, rendus virulents par l'état de rétention et de stase, peuvent trans-

former en ulcères peptiques les petites lésions produites par les aliments.

D'autre part, une légère stase antrale, sans importance clinique, a une importance physiologique énorme.

Elle irrite à contre-temps la muqueuse antrale, excite ainsi fâcheusement la sécrétion fundique et produit l'hyperacidité (Allessandri, Pauchet, Delore).

c) L'hyperacidité :

Les ulcères peptiques perforés se produisent presque toujours chez des individus ayant des estomacs hyperacides.

α) On n'en rencontre jamais après opération pour cancer.

β) Ils sont beaucoup plus fréquents après les gastro-entérostomies pour ulcus duodénal ou pylorique. Or, l'acidité accompagnant ces derniers, est toujours plus élevée que celle qui accompagne les ulcères de la petite courbure.

γ) Toutes les causes qui peuvent déterminer une augmentation de l'hyperacidité, en particulier le retard d'évacuation, les écarts de régime ont une relation directe de cause à effet avec la production des ulcères.

δ) Les ulcérations siègent toujours sur la branche éfférente de l'anse jéjunale, celle qui est baignée par le suc gastrique.

Cette notion de l'hyperacidité a amené beaucoup de chirurgiens à préconiser la gastrectomie d'emblée comme traitement des ulcères gastriques, pour enlever tout l'antre responsable de la sécrétion gastrique (Pauchet, Maynihan, Finsterer, Nablerer).

Mais l'antre pylorique ne paraît pas correspondre à l'antre anatomique et toute résection qui ne dépasse pas franchement l'antre, a les mêmes inconvénients que l'exclusion d'Eiselsberg. Elle provoque une sécrétion chlorydropeptique anormale.

Une gastrectomie pour prévenir avec le maximum de chances les récidives de l'ulcère, doit être très large, enlevant les trois quarts de l'estomac, s'accompagnant du dépouillement à la compresse des vaisseaux et des nerfs de la petite courbure pour l'anachlorydrie. « Il faut se préoccuper, non pas de ce qu'on enlève, mais de la surface qu'on laisse » (Finsterer).

ETUDE CLINIQUE

1° Les prodromes.

Dans quelle mesure est-il possible de prévoir la perforation des ulcères peptiques. C'est là une question importante que nous avons cherché à élucider.

Les perforations jéjunales pures, surviennent brusquement dans la majorité des cas. Toutes les observations où le fait est noté, sont unanimes à cet égard (observations I et IV).

Aucun prodrome ne permet de soupçonner l'existence d'un ulcère peptique jéjunal prêt à se perforer.

A la suite d'un effort parfois, le plus souvent sans cause appréciable, le sujet est terrassé par la douleur atroce de la perforation.

Par contre, les perforations d'ulcères gastro-jéjunaux, sont précédées le plus souvent de troubles variés. Après un intervalle libre, suivant l'opération, le malade accuse une reprise des symptômes qui l'avaient déjà amené au chirurgien. Digestions pénibles, crises douloureuses et même vomissements.

Il est facile de comprendre que la perforation de l'ulcère gastro-jéjunal soit procédée de symptômes douloureux, puisqu'elle se produit sur un ulcère calleux, en évolution depuis longtemps, alors que le silence de l'ulcère jéjunal s'explique par sa perforation en tissus souples non infiltrés.

2° Symptômes et diagnostic.

Les symptômes de la perforation de l'ulcère peptique ne diffèrent guère de ceux observés dans les perforations d'ulcères gastriques. Ils sont cependant un peu plus atténués.

Quelques heures après le repas, un sujet est pris subitement de douleurs abdominales violentes, dont il n'est pas toujours possible de déterminer exactement le point de départ. Cette douleur est parfois syncopale.

Le pouls est généralement petit, mais peu élevé. La température reste au voisinage de la normale.

A l'examen, on note une contracture des muscles abdominaux, parfois généralisée, plus souvent, semble-t-il, localisée à la région sous-ombilicale qui correspond à l'étage sous-mésocolique. Le fait noté dans l'observation I était déjà signalé par Leveuf.

Assez rapidement, disparition de la matité hépatique.

La présence d'une cicatrice de laparotomie sus-ombilicale médiane, la connaissance d'une gastro-entérostomie pratiquée quelque temps auparavant, permettront au chirurgien devant un syndrome abdominal aigu, de penser à la perforation d'ulcère peptique.

On pose cependant bien souvent le diagnostic d'appendicite, le toucher rectal décelant fréquemment un empâtement du Douglas et l'erreur n'est redressée qu'à l'opération.

En cas de perforation très précoce (observation II), le diagnostic est très difficile à établir. On pense d'abord à toutes les complications opératoires : dilatation aiguë de l'estomac, urémie post-opératoire, péritonite généralisée par lâchage des sutures.

L'erreur de diagnostic a d'ailleurs moins d'importance dans ce cas. Il est bien improbable que le malade supporte une seconde intervention si rapprochée de la première.

PRONOSTIC

Le pronostic des perforations d'ulcères peptiques, est identique à celui d'une perforation gastrique quelconque.

Très grave lors des premiers cas observés, en raison de l'abstention opératoire, il s'est singulièrement amélioré par l'intervention précoce.

Dans les observations relevées par Leveuf, en 1927, nous notons 21 décès sur 32 cas avec seulement 16 interventions chirurgicales.

Tandis que sur 34 cas relevés par Bertrand et E. Martin, de 1927 à 1933, nous trouvons 34 opérations et seulement 2 décès.

Dans les opérations que nous publions, sur 4 malades, on est intervenu 3 fois chirurgicalement avec un décès, chez un sujet opéré dans de très mauvaises conditions.

En somme, le pronostic immédiat est maintenant assez bon, mais le pronostic lointain est extrêmement réservé, puisqu'on note jusqu'à six récidives dans une observation de Romanis.

TRAITEMENT

En face d'une perforation d'ulcère peptique, quelles sont les opérations que peut pratiquer le chirurgien ?

1° Le simple méchage après nettoyage du péritoine et drainage sus-pubien ;

2° La suture qui sera simple ou avec épiplooplastie.

La suture devra être faite dans le sens transversal pour ne pas rétrécir la lumière intestinale.

On pourra avoir pratiqué, au préalable, le brûlage de l'ulcère.

Si on craint d'avoir rétréci la lumière de l'anse intestinale, on peut faire, en plus, une jéjuno-jéjunostomie (mauvais procédé).

3° L'excision de l'ulcère suivie de suture.

L'excision devra être longitudinale et la suture transversale.

Si l'ulcère est trop large, on peut être obligé de faire une résection suivie de suture bout à bout des deux fragments de l'anse jéjunale.

En plus de l'excision ou de la résection, on pourra pratiquer :

a) Un élargissement de l'ancienne bouche de gastro ;

b) Une nouvelle gastro-entérostomie postérieure ou antérieure ;

c) Une dégastroentérostomie.

4° Une gastropylorectomie, soit le Billroth II de préférence l'anastomose Reichel Polya modifiée par Finsterer.

Comme bouche intestinale, après la résection, on peut :

a) Se servir de l'ancienne bouche de gastro ;

b) Se servir de l'excision de l'ulcère ;

c) Suturer la partie excisée et faire l'anastomose en un autre point ;

d) Après avoir fait la résection intestinale :

α) Faire l'anastomose en Y (mauvais procédé) ;

β) Faire la suture bout à bout et pratiquer une ouverture en un point quelconque du jéjunum.

De tous les procédés opératoires, lequel employer ? Lequel semble donner les meilleurs résultats ? Voyons ce que disent les statistiques :

Sur les soixante observations relevées par Bertrand et E. Martin, on note quarante-neuf opérations :

Onze fois suture simple ;

Deux fois suture étépiplooplastie ;

Cinq fois suture après excision ;

Une fois suture et jéjuno-jéjunostomie ;

Deux fois excision et agrandissement de la G. E. ;

Deux fois dégastro-entérostomisation avec résection de l'ulcère et suture bout à bout du jéjunum sans nouvelle gastro ;

Une fois résection du jéjunum et de la gastro-entérostomie, nouvelle gastro en Y ;

Dix fois gastrectomie.

Sur les trois cas que nous publions, on note :

Une gastrectomie ;

Une résection du jéjunum et nouvelle gastro ;

Une simple suture.

A. **Les résultats immédiats.**

Sur quarante-neuf interventions, il y a sept décès, ce qui fait une mortalité opératoire de 14,30 %.

La suture a donné une mort sur vingt cas, soit une mortalité de 5 %.

La dégastroentérostomisation a été exécutée deux fois avec succès.

La gastrectomie considérée à juste titre comme une grave opération, n'a donné que des succès.

Tous ces chiffres sont certainement au-dessous de la vérité. Une statistique ne peut avoir qu'une valeur très relative.

B. **Les résultats éloignés.**

Quel est l'avenir des opérés ? La suture est-elle suffisante ? Aurait-on dû faire une gastrectomie d'emblée ou doit-on la faire accepter secondairement au malade ?

La majorité des malades, une fois opérés, sont perdus de vue par le chirurgien. On ne peut donc établir de statistique.

Dans beaucoup de cas cependant, on note une reprise de la diathèse ulcéreuse. Ces opérés sont des ulcéreux qui ont tendance à faire des ulcères à répétition.

Dans une observation de Judine, le malade a fait une seconde perforatior d'ulcère peptique. De même, dans les observations de Battle, Maylard.

Dans une observation de Robinson, on note trois perforations itératives et six dans une observation de Romanis.

La reprise des douleurs est également souvent signalée.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le chirurgien doit tenir compte des facteurs suivants :

a) L'état des sujets menacés de péritonite généralisée en état de moindre résistance auxquels il devra chercher à faire l'opération minima ;

b) La tendance récidivante des ulcères peptiques qui serait d'autant plus marquée que le sujet est plus jeune ; il devra essayer de rendre cette récidive impossible.

La plupart des auteurs conseillent comme opération de choix, la simple suture avec ou sans épiplooplastie, avec ou sans excision, la gastrectomie d'emblée étant une opération trop grave pour qu'on puisse la pratiquer dans de telles conditions.

Cependant « à cause de la possibilité d'une réactivation de l'ulcère primitivement en cause, soit d'une perforation itérative ou de la reprise des douleurs après un temps plus ou moins long, il faut, après un délai de trois mois, proposer au malade, une gastrectomie » (Bertrand et E. Martin).

Telle a été la conduite de Michon, pour un de ses malades dont il a communiqué l'observation au Congrès de Chirurgie de 1932 (p. 667 du *Bulletin*).

Mais cette réintervention est toujours délicate.

L'opération antérieure à créé de nouvelles conditions anatomiques défavorables et on tombe en plein foyer d'adhérences.

Il faut aussi tenir compte de la répugnance des malades à se faire opérer deux fois à trois mois d'intervalle.

Dans ces conditions, il nous semble qu'on puisse adopter une attitude plus éclectique et pratiquer la gastrectomie d'em-

blée dans un certain nombre de cas bien limités où le sujet aura toutes les chances de la supporter : sur onze observations de malades chez qui elle fut pratiquée, dont notre observation on ne note pas un seul décès.

Les éventualités cliniques sont très nombreuses, dépendant de l'état général du sujet et de l'état local des lésions. Envisageons un certain nombre d'entre elles et voyons quelle pourra être, dans chaque cas, l'attitude du chirurgien.

1° Nous avons affaire à des malades opérés dans de mauvaises conditions dont la résistance générale est très diminuée. Ce sont des sujets âgés, ou même jeunes, mais atteints de maladies telles que diabète, tuberculose; ou bien, ils sont opérés tardivement, présentant des signes de péritonite généralisée.

Ici, le chirurgien devra faire le strict minimum : après laparotomie, nettoyage de la cavité péritonéale et suture de la perforation si elle est facilement accessible. Dans le cas contraire, il se contentera de mècher.

2° Nous avons affaire, au contraire, à des malades dont la résistance générale n'est pas altérée. Ce sont des sujets jeunes ou même plus âgés, mais de santé parfaite ; ils sont opérés dans de bonnes conditions, dans les premières heures qui suivent la perforation. L'attitude du chirurgien sera appropriée à l'état local des lésions.

a) Après laparotomie, on constate qu'il y a peu d'adhérences, on a un accès facile sur la lésion, qui siège sur le jéjunum, le plus simple sera le mieux et on se contentera de faire la suture de l'ulcère avec enfouissement et épiplooplastie si on le juge nécessaire.

Cette thérapeutique suffit dans la plupart des cas, mais parfois le chirurgien s'aperçoit qu'il a déterminé des conditions locales défavorables, en particulier un rétrécissement jéjunal qui nécessite une opération complémentaire. Il peut être alors amené à pratiquer une gastro-entérostomie. Si le mésocôlon n'est pas rétracté, il la fera naturellement postérieure transmésocolique.

Dans le cas contraire, il ne pourra pratiquer que la G. E.

à anse longue, mauvaise opération augmentant les risques de récidive, à laquelle il sera peut être permis dans certaines conditions, de préférer la gastrectomie d'emblée si elle ne présente pas trop de difficultés.

b) Après laparotomie, on tombe en plein foyer d'adhérences. Après les avoir libérées, on voit dans la profondeur un ulcère calleux voisin de la bouche de gastro.

Ici, la suture simple sera impossible, les parois de l'ulcération sont dures, friables ; les points ne tiendraient pas. On devra au préalable pratiquer l'excision de la lésion.

Cette excision peut n'intéresser qu'une petite partie du pourtour de la bouche de G. E. et la suture sera possible.

Mais plus souvent, cette excision sera importante, enlevant une grande partie du pourtour de la bouche de G. E. intéressant presque toute la circonférence jéjunale et faisant une brèche sur l'estomac.

Le chirurgien pourra se contenter de rétablir le circuit digestif normal, de faire une dégastroentérostomie : d'abord, suture de la brèche gastrique, puis résection jéjunale avec suture bout à bout.

Si la dégastroentérostomie semble difficile à pratiquer, il sera permis d'envisager la gastrectomie.

c) Très souvent, les lésions sont plus complexes. On constate après excision de l'ulcère qui a produit une large brèche jéjunale et stomacale, que le pylore est sténosé, éventualité fréquente, la lésion primitive étant le plus souvent voisine du pylore.

Le chirurgien hésitera entre les deux thérapeutiques suivantes : faire une dégastroentérostomie suivie de nouvelle gastro-entéroanastomose, opération longue, difficile souvent qui ne met pas à l'abri d'une récidive ultérieure ; ou bien pratiquer d'emblée la gastrectomie, ce qui nous semble bien préférable.

On peut aussi constater la présence de plusieurs ulcères voisins ou non de la bouche de gastro-entéroanastomose. La gastrectomie semble encore indiquée.

Il ne faut pas oublier que les malades devront être suivis après l'opération par le chirurgien qui doit envisager une intervention radicale à la moindre reprise des symptômes, ou mieux d'emblée, au bout de trois mois, si l'état général est suffisamment amélioré.

Observation I (*inédite*)

empruntée au service de M. le professeur Bégouin.

M. Jean, marin, 56 ans, entre à l'hôpital dans le service du professeur Bégouin, le 7 novembre 1933, pour violentes douleurs épigastriques.

Il y a six ans, opéré d'urgence par le docteur Jonchères pour perforation d'ulcère pylorique : gastro-entérostomie postérieure et enfouissement.

Depuis six ans, aucune douleur, aucun symptôme de lésion gastro-intestinale.

Le 7 novembre, vers 4 heures et demie du soir, violente douleur épigastrique pendant quelques minutes, puis s'atténuant : douleur semblable à celle que le malade avait eue, il y a six ans; pas de température, quelques vomissements bilieux, contracture de la paroi abdominale sous-ombilicale, pouls petit.

A 22 heures 30, le malade est fatigué : facies tiré, mais non péritonéal, pas de température, pouls à 100, petit. La contracture s'atténue, elle n'existe que dans l'étage sous-ombilical, l'étage sus-ombilical étant absolument normal et souple.

Opération pratiquée par le docteur Dubourg, à 22 heures 30.

Anesthésie à l'éther. Incision de Walter. Recherche de l'appendice qui est sain; on trouve du liquide d'origine gastrique dans le péritoine, on place un drain dans le Douglas et on referme au fil de bronze.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. On tombe sur un magma d'adhérences de l'épiploon à la paroi. Après libération rapide, on explore l'étage sus-mésocolique qui est normal.

Relevant le mésocôlon transverse, on constate la présence d'une perforation à proximité de la bouche de gastro-entérostomie, mais sur le jéjunum. Celle-ci, de la taille d'une pièce de cinquante centimes, repose sur une callosité comme une pièce de dix francs. Cette callosité paraît mordre un peu sur la paroi gastrique en avant. L'anse efférente est dilatée sur une grande longueur.

Résection de l'ulcère en passant sur l'intestin en tissu sain, ce qui fait qu'il ne reste plus sur le bord mésentérique du grêle, que le quart à peu près de la circonférence jéjunale. Suture transversale de la brèche, sans qu'il soit besoin de faire une résection intestinale.

S'inquiétant de rétablir la continuité, deux techniques restent possibles étant donné que le pylore est à peu près complètement sténosé à la suite de l'enfouissement de l'ulcère gastrique en 1927 : ou

fermeture de la brèche gastrique avec gastro-entérostomie complémentaire probablement antérieure, ou bien gastro-pylorectomie.

C'est cette dernière opération que l'on pratique parce que l'estomac vient bien, que l'on a affaire à un ulcère pylorique, que les parois antrales paraîssent très altérées. La technique suivie est celle de Polya : une mèche est placée sous le foie à cause d'un petit suintement hémorragique que l'on ne peut s'attarder à arrêter. Fermeture en un plan au fil de bronze. Durée 55 minutes. Suites absolument normales. Lever le vingtième jour. Sort guéri le 27 décembre.

Observation II (*inédite*)

empruntée au service de M. le professeur Bégouin.

Femme de 47 ans.

Elle souffre de l'estomac depuis dix ans : douleur se produisant deux à quatre heures après les repas, à siège épigastrique avec des périodes d'accalmies.

Depuis un an elle vomit : vomissements à intervalles éloignés où l'on retrouve des aliments ingérés la veille. Elle a maigri de 8 kilos depuis un an.

La radiographie montre un estomac biloculaire.

Etant donnée la rareté de la dégénérescence néoplasique dans ce cas, on décide l'intervention, pratiquée par le docteur Lafargue.

Laparotomie médiane sus-ombilicale à l'anesthésie locale.

On constate que la biloculation est due à un gros ulcère calleux de la petite courbure adhérent aux plans profonds.

On décide devant la grande fatigue de la malade, de faire le minimum.

On pratique une gastro-entérostomie sur la poche supérieure, la gastro-entérostomie transmésocolique étant impossible à cause des adhérences.

On pratique ensuite une jéjuno-jéjunostomie complémentaire pour parer aux accidents de *circulus viciosus* que fait redouter la longueur de l'anse ; fermeture en un plan.

Les suites opératoires sont absolument normales pendant quatre jours. Le cinquième jour, brutalement, après avoir ressentie une vive douleur abdominale, l'opérée présente des signes de péritonite généralisée.

Pouls très rapide, filant, facies péritonéal, ventre météorisé et la malade succombe sans qu'on ait eu le temps d'intervenir.

A l'autopsie on constate de la péritonite généralisée.

Nombreuses adhérences épiploïques. Les anses intestinales sont très dilatées.

On constate sur la face antérieure du jéjunum à égale distance des deux hanches d'anastomose, une perforation de 2 mm. de diamètre.

Pas de traces apparentes de traumatismes, pas de taches ecchymotiques, pas de suffusions sanguines.

La gastro-entérostomie avait été faite au fil de lin sans clamps.

Observation III (*inédite*)

due à l'obligeance de M. le professeur Jeanneney.

M. A... Gaston, 32 ans, sabotier, appelle le chirurgien pour violentes douleurs épigastriques.

Il souffrait de l'estomac depuis 1928, avait des douleurs sans caractères bien précis, survenant généralement cependant, avant les repas et calmés par eux.

Il est opéré le 1er avril 1931 par le docteur Jeanneney, qui constate un ulcère perforé de la face antérieure de l'estomac.

Balfour avec enfouissement et gastro-entérostomie. Suites opératoires absolument normales. Revu le 22 mai 1931 en excellent état.

Il a une détestable hygiène alimentaire, ne suit aucun régime, a des habitudes d'intempérance.

Il n'accuse aucune douleur, jusqu'au 19 juillet 1934. Il commence à ce moment, à souffrir de nouveau : douleurs, surtout avant les repas. Le 21 juillet, il vomit un peu de sang.

Le 23 juillet, après le repas de midi, il est pris de douleurs atroces, en coup de poignard, siégeant au creux épigastrique. Le médecin appelé constate de la contracture abdominale généralisée. Le pouls est assez rapide, mais bien frappé. Le malade n'est pas trop shocké.

Le docteur Jeanneney consulté porte le diagnostic d'ulcère peptique perforé et décide l'intervention immédiate qui a lieu environ six heures après le début des accidents.

A l'opération, on constate une perforation siégeant su la partie antérieure de la hanche jéjunale efférente, visible dès que l'on a relevé le côlon transverse, de 3 mm. de diamètre environ. Les bords sont souples, aucune réaction de voisinage. Pas de liquide dans le péritoine.

On pratique une résection du jéjunum et réfection de la gastro-entérostomie.

Suites opératoires absolument normales.

Le malade est revu le 9 novembre 1934.

Il a reçu, depuis l'opération, une trentaine de piqûres de Laristine Roche. Il est en parfaite santé. Il ne ressent aucune douleur et a engraissé de plusieurs kilos.

Observation IV

due à l'obligeance de M. Charbonnel.

(Déjà parue dans la *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1925.)

(Charbonnel et F. Leuret.)

M. Bernard X..., fut opéré, il y a treize ans, par le docteur Lacharrière : gastro-entérostomie postérieure à anse courte au fil de lin pour sténose ulcéreuse du pylore.

Il n'a pas suivi le régime prescrit après l'opération, s'est remis rapidement à manger beaucoup et de tout. Il dit qu'il ne souffrait plus. Mais il y a huit ans, il eut une crise abdominale très douloureuse; cela dura huit jours et fut qualifié « colique hépatique ».

On peut supposer rétrospectivement que, dès ce moment, une lésion ulcéreuse évoluait à nouveau du côté de son estomac.

Il y a six ans, il présenta des accidents urinaires avec infection dus à une hypertrophie de la prostate et ut prostatectomisé par le docteur Oraison.

Enfin, depuis trois mois, tout en conservant son appétit, il avait des digestions pénibles, souffrait après les repas et se surveillait un peu, mais jamais il n'avait de nausées et ne vomissait.

Le 17 septembre, à 7 heures et demie du matin ayant pris comme d'habitude son café au lait, il ressent une douleur brutale, syncopale dans le côté gauche de l'abdomen vers la fosse iliaque; il a des nausées, mais ne vomit pas.

L'un de nous le voit à 18 heures, prescrit glace, diète, piqûres et nous le voyons ensemble à 21 heures.

Je constate un abdomen tendu « de bois » dans toute son étendue, disparition de la matité hépatique, douleur à la pression, surtout localisée vers la fosse iliaque gauche. Le malade est pâle, anxieux, couvert de sueur, mais le pouls est assez bon à 100 pulsations. Il n'y a pas eu de gaz depuis la veille. Le diagnostic de péritonite aiguë paraît évident. La cause, vu le siège de la douleur à la fosse iliaque gauche, est moins nette. Cependant, l'idée de perforation d'un ulcus récidivé est envisagé en tenant compte des antécédents.

L'opération nécessaire et urgente est pratiquée à 23 heures (16 heures après le début clinique des accidents.) Anesthésie au mélange de Schleich.

Dès l'ouverture de l'abdomen, on constate un écoulement de bile. A ce moment, le malade vomit dans sa trachée, fait de l'asphyxie et on doit parer durant dix minutes à cet accident qui a revêtu une allure grave. L'opération est reprise rapidement et permet de constater qu'il y a :

1° Un ulcère sur la branche jéjunale efférente de la gastro à 1 cm. 5 environ de la bouche, gros comme une pièce de 25 centimes avec une perforation comme un pois, à bords peu indurés, rougeâtres, membranes blanchâtres et une perforation minusoule. On a l'im-

pression d'un ulcus en évolution, infecté. Le mésocôlon est infiltré, le colon n'estpas adhérent. La gastro est à anse très courte; il est difficile de se rendre compte si elle est perméable.

En tous cas, après la suture et l'enfouissement rapidement pratiqué des deux perforations, on à l'impression assez nette que non seulement la bouche de gastro, mais aussi l'anse jéjunale ont été rétrécies sinon obturées.

L'état est grave, il faut terminer l'intervention. D'ailleurs, on est autorisé à espérer d'après l'histoire du malade, que le pylore est perméable, car cet ulcus peptique, plus ou moins sténosant, évoluait semble-t-il, depuis quelque temps; or, il n'y avait pas de vomissements.

L'incision hypogastrique pour drainage, donne issue à un flot de sérosité purulente. Nettoyage du péritoine, éthérisation, suture pariétale en un plan au fil d'argent. Durée 50 minutes.

La journée du lendemain est assez bonne : sérum glycosé. L'abdomen semble assoupli, le drainage fonctionne.

Mais la nuit et le lendemain, le ventre est de nouveau tendu, l'état général plus mauvais, la péritonite semble reprendre et malgré qu'on ait fait sauter quelques points, versé de l'huile camphrée et mêché vers la zone malade, la fin arrive le soir à 22 heures. L'autopsie ne pouvait être faite.

CONCLUSIONS

I. La perforation en péritoire libre des ulcères peptiques dont nous rapportons quatre observations est un accident moins fréquent que les péritonites enkystées et les fistules jéjuno-coliques.

II. Du point de vue anatomique :

a) Ces ulcères perforés peuvent siéger sur la bouche de gastro-entérectomie ou plus souvent sur l'anse jéjunale.

a) Les ulcères gastro-jéjunaux sont des ulcères invétérés entourés d'adhérences, la perforation étant un accident de leur évolution ;

b) Les ulcères jéjunaux, an contraire, ont une perforation à l'emporte-pièce, sans adhérences, sans lésion des tissus avoisinants, ce que explique leur plus grande fréquence.

b) Ils peuvent être uniques ou multiples, les ulcères multiples siégeant à la fois sur les deux branches de l'anse jéjunale et sur la bouche de gastro-entérostomie.

III. Les perforations surviennent après gastro-entérostomie, presque toujours de deux mois à sept ans après l'opération.

IV. Du point de vue pathogénique.

a) Les fautes de technique suffisent généralement à expliquer les perforations précoces ;

b) Pour les perforations tardives certains facteurs jouent un rôle essentiel.

α) Les microtraumatismes surtout actifs quand ils s'exercent sur une anse dilatée, épaissie, mal irriguée.

γ) L'infection et la stase ;

) La digestion chlohydro-peptique.

V. Du point de vue clinique.

Les signes sont ceux d'une perforation d'ulcère gastrique, mais un peu atténués.

VI. Comme traitement :

a) Toutes les fois qu'une opération simple : suture, dégastro-entérostomisation suffira à pallier aux accidents immédiats, ne pratiquer qu'elle ;

b) Mais si l'on doit faire une opération longue, complexe, avec la perspective d'une réintervention ultérieure, préférer, quand elle sera praticable, la gastrectomie d'emblée qui est l'opération la meilleure, la plus logique ;

c) Il faut, après toute opération palliative, proposer au malade une intervention radicale ultérieure pour le mettre à l'abri des récidives.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
P. BÉGOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 24 Novembre **1934.**
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Alessandri. — « Ulcères peptiques. Pathogénie et traitement », *Bruxelles Médical*, t. XII, 22 mai 1932, p. 822-824.

Baarjelin. — « In Petren », *Beitrage zur Klinischen chirurgie*, 1911, t. LXXVI, p. 305.

Balfour. — « Occurence and management of gastro-jejunal ulcers », *Annals of surgery*, août 1926, p. 279.

Battle. — *British Medical Journal*, 1910.

Bertrand (P.) **et Martin** (E.). — « La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques post-opératoires jéjunaux et gastro-jéjunaux », *Lyon Chirurgical*, 1933, t. XXX, p. 641.

— « Perforation d'ulcère peptique gastro-jéjunal en péritoine libre », *Lyon Chirurgical*, 1932, t. XXIX, p. 577-580.

Bonnet et Croizat. — « Perforation d'ulcère gastrique après la gastro-entérostomie », *Lyon Chirurgical*, 1926, t. XXIII.

Braun (H.). — « Présentation d'une pièce : ulcère perforant du jéjunum survenant onze mois après gastro-entérostomie », *Verhaudleingen der deutschen gesellschaft fur chirurgie*, Berlin, 1899, p. 95-97.

Cacovicz. — *Lienicki Vistruck*, n° 7.

Carr. — « Perforation d'un ulcère de l'estomac après gastro-entérostomie », *The Journal of the american association*, Chicago, 1919, t. LXXIII.

Charbonnel et Leuret (F.). — « Perforation en péritoine libre d'un double ulcère peptique jéjunal et gastro-jéjunal », *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1925, t. XLVI, p. 727-730.

Delaloye. — *Deutsche Zeitschrift fur chirurgie*, 1906, t. LXXXIII, p. 502.

Delor y Castro. — « Ulcère gastro-jéjunal perforé », *Archiv. Espan. de Engermed. del aparato digestivo*, juin 1926.

Delore et **Creyssel**. — « Les ulcères peptiques », *Journal de chirurgie*, 1925, t. XXV, p. 385.

Edington. — *Glasgow medical journal*, juin 1907.

Eiselsberg (Von). — *Mitt. a. d. Greuzd. d. med. und Chir.*, t. XVI. — *Archiv. fur Klinische chirurgie*, t. C, p. 177.

Fowler (R. M.). — « Ulcère jéjunal perforé à la suite de G. E. pour ulcère duodénal perforé », *Long Island med.Journal Brooklyn*, 1918, t. XII, p. 266.

Fromme. — « Deux cas de résection primitive d'ulcères peptiques perforés en péritoine libre », *Bruns. Beitrage Zur Klinisch. Chir.*, tome CXLVII, nº 1, juillet 1929, p. 111-116 et 578.

Goepel. — *Leipsig Kongressbericht*, 1902, p. 108.

Gosset (A.). — « L'ulcère peptique du jéjunum : 8 cas d'ulcères perforés », *Revue de chirurgie*, 1906, t. XXXIII, p. 54-290.

— « Traitement des ulc.res peptiques post-opératoires », Rapport au XLe Congrès de Chirurgie, Paris, 5-10 octobre 1931.

Graser. — Chir. Kongress, 1906.

Hahn. — *Kongressbericht Berlin*, 1899, p. 74.

Hall Basil. — *Gastric Surgery*, 1906.

Haman. — *Cleveland med. journal*, mai 1907.

Hartmann (H.). — « Rapport sur une observation de Marquis : Perforation d'un ulcère peptique du jéjunum dix ans après une G. E. Influence des diverses techniques de G. E. sur la production de ces ulcères », *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1913, p. 1069 et 1517.

Hayon. — *L'ulcère peptique du jéjunum*, thèse de Paris, 1929.

Holman. — « Perforation d'ulcère gastrique trois ans et demi après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal perforé », *Brit. M. J.*, 6 juin 1931, p. 978-979.

Hitzrot. — *Annals of Surgery*, 1911, p. 571.

Jensen. — *Hospitals-Tidende*, 1908.

Jiann. — *Revista de Chirurgia*, 1907.

Judine. — *Lyon Chirurgical*, t. XXVII, déc. 1930, p. 172.

Jura (V.). — « Ulcère perforé du jéjunum après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal », *Bull. e. aatti. Acad. Med. di Roma*, avril 1927, t. LIII, p. 131-134.

Just. — « Ulcère du jéjunum perforé dans la cavité abdominale », *Wien Klin. Wchnschr.*, 1929, t. XLIII, p. 500-503.

Keylennander. — *Archiv. fur Klin. chir.*, tome XCI.

Korte. — « Démonstration eines uleus pepticum jejuni nach gastro-entérostomie Wegen magen uleus », *Kongressbericht*, 1900, p. 137.

Kunz (H.). — « Sur un cas d'ulcère peptique perforé après gastro-entérostomie pour ulcère duodénal », *Arch. f. Klin. Chir. Bull.*, 1926, t. CXL, p. 419-426.

Lambret et **Razemon**. — « Dix-sept cas d'ulcères peptiques. Un cas de perforation », *Echo médical du Nord*, t. XXXVI, p. 293-296.

Leriche (R.). — « Pathogénie des ulcères peptiques post-opératoires », Rapport au XIe Congrès de Chirurgie, Paris, 5-10 oct. 1931.

Leveuf (T.). — « Perforation en péritoine libre d'un ulcère jéjunal consécutif à la gastro-entérostomie », *Bulletins et Mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 1926, t. LII, p. 469.

— « La perforation en péritoine libre des ulcères post-opératoires du jéjunum », *Revue de Chirurgie*, 1927, p. 102.

Lieblein. — « Das uleus jéjuni und gastro-jéjunale nach G. E. », *Centralblatt fur Chir. Iéna*, 1915, t. XIX, p. 64.
Lindner. — *Munch Med. Woch.*, 1912.
Lion et **Moreau**. — *Revue de Chirurgie*, 1909.
Luff. — Rapport de Brit. Med. Association in *Brit. med' journal*, p. 1076, 7 décembre 1929.
Mac Kelvey (J. L.). — « Ulcère gastro-jéjunal perforé », *Med. journal Australia Sydney*, 1922, t. II, p. 414.
Maylard. — *The lancet*, 19 février 1910, p. 497.
Meyer (K. A.) et **Rosi** (P. A.). — « Successive perforations of two anastomotic marginal ulcers in same patient », *Soc. clin. N. A. A American*, oct. 1923, t. XIII, p. 1251-1256.
Michon (L.). — « Ulcère peptique perforé suture de la perforation », *Bulletin de la Société nationale de chirurgie*, 1932, p. 667.
Mickulicz et **Zeigel**. — *Mitteilungen ausden Greuzdebien der med. u. ch.*, t. XIII, p. 897.
Moynihan. — *Abdominal operations*, 4e édition, vol. I, p. 370.
Okinczyc. — « Présentation d'une pièce opératoire d'ulcère peptique du jéjunum », *Société de Chirurgie*, 1927, p. 992.
Parker. — In Paterson : *Annals of Surgery*, 1909.
Pauchet. — « L'uléus jéjunal », *Journal de médecine de Paris*, 20 sept. 1920.
— « L'ulcère jéjunal post-opératoire », *Journal de médecine de Paris*, 13 juin 1925.
Petren. — *Beitrage Aur Klinischen chirurgie*, t. LXXVI.
Porzelt (W.). — « Perforation d'ulcère peptique du jéjunum après gastro-entérostomis pour ulcère duodénal perforé », *Zentralblatt fur chirurgie*, t. LV, p. 1740-1742, juillet 1928.
Riess. — « Tendance perforante de l'ulcère peptique jéjunal », *Zentralblatt fur. chirurgie*, t. LII, p. 2278, 19 déc. 1925.
Roberts (A. T.). — « Un cas d'ulcère jéjunal perforé après gastro-entérostomie postérieure », *Med. Press London*, 1920, t. CIX, p. 480.
Robinson (V. P.). — « Cas de gastrectomie partielle pour ulcère du pylore suivie de deux ulcères jéjunaux perforés à six mois d'intervalle », *Lancet*, I, 7 avril 1928, p. 703-704.
Romanis (W. H. C.). — « Un cas de perforations jéjunales successives », *Lancet London*, 1918, p. 536.
Rozan. — *Les ulcères pepliques perforés*, thèse de Lyon, 1932.
Schwartz (E.). — « Perforation d'ulcère peptique jéjunal après gastro-entérostomie », *Deutsche Ztschr. f. Chir.*, 1929, t. CXLII, p. 116-132.
— « Statistique de Schloffer », *Beitrage Zurlinischen Chirurgie*, 1929, t. CXLVII, p. 116-132.
Simon (R.). — *Société de Chirurgie*, juillet 1929, p. 107.
Sokolov. — « Enquête auprès des chirurgiens russes », *Journal de Chirurgie*, 1929, p. 379.

Steden (E.). — « Au sujet de l'ulcère peptique du jéjunum et de sa perforation en péritoine libre », *Deutsche Zeitschrift fur chirurgie*, t. CCXXX, fasc. 6, février 1931, p. 404.

Steinthal. — « Multiples ulcères perforés du jéjunum après gastro-entérostomie », *Kongressbericht*, 1900, p. 139.

Thursten (J. A.). — « Perforations répétées d'ulcères peptiques avec guérison », *U. S. Velbur. M. Bull.*, 1929, t. V, p. 131-133.

Woodside. — *Brit. Méd. Journal*, 18 avril 1931, p. 667.

Wright Garnett. — « Secondary gastro-jéjunal and jejunal ulceration », *The British Medical journal of Surgery*, janvier 1929, page 390.

Wymor. — « Perforation d'un ulcère survenant après gastro-entérostomie », *Munchener Medizinische Wochenschrift*, t. LXXI, 7 nov. 1924, n° 45.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1934